

# 現代精神医学におけるヤスパースの 『精神病理学総論』の意義

## The significance of Jaspers' *General Psychopathology* in modern psychiatry

松 丸 啓 子

Keiko Matsumaru

### はじめに

ヤスパース (Karl Jaspers) が『精神病理学総論』(以後、『総論』と略記する) <sup>(1)</sup>において確立した了解の次元は、その限界としての実存や身体的条件を明らかにしたもの、実存そのものを明らかにするには至らなかった<sup>(2)</sup>。それ故に、その後ヤスパースは心理学を経て哲学へと転じ、精神病理学では明らかにすることのできなかつた実存について問うこととなった。したがって、この『総論』を検討することは、ヤスパース哲学の展開を理解する上で大変重要である。しかし、この『総論』はそればかりでなく、現代の精神医学においてもなお大きな意義を持っているのではなかろうか。

本論文では、ヤスパースの『総論』が現代の精神医学の在り方を問う際に非常に有益ないくつかの論点を提示していることを、〈方法論的自覚 (methodologisches Bewusstsein)〉及び〈全体としての人間 (der Mensch als Ganzes)〉、〈実存的コミュニケーション (existentielle Kommunikation)〉を主な手がかりとして明らかにする。

まず第1章では、ガミー (S. Nassir Ghaemi) の著作を手がかりに、現代精神医学の動向について概観する<sup>(3)</sup>。特に「折衷主義」の典型である BPS モデル (biopsychosocial model) が興隆している現状と、その BPS モデルの問題点

を克服する可能性のある「多元主義」及び「統合主義」の立場を明示し、そのうちの「多元主義」の考え方の源流が実はヤスパースの〈方法論的自覚〉にあることを指摘する。次に第2章では、ヤスパースが『総論』で提示した診断図式の意義について、ヤスパースが強調する〈全体としての人間〉という観点との関わりを考慮に入れつつ検討する。さらに第3章では、精神療法において究極的に求められるのは医師と患者の間の〈実存的コミュニケーション〉であるというヤスパースの見解について考察する。以上の論考を通じて、精神医学が常に人間全体を問題にする実践であることを確認し、*DSM (Diagnostic and Statistical Manual)* 至上主義が進みつつある現代精神医学への批判も試みる。

## 第1章 ヤスパースの〈方法論的自覚〉と「多元主義」

たいていの精神科医は「精神療法」か「精神科薬物療法」のどちらかの支持者であるが<sup>3(4)</sup>、彼らが実践を行う際に、「自分が何をしているのか」とか「なぜそうようにするのか」と問うことがほとんどないため、「彼らは教条主義者になってしまっている」。ここでの「教条主義者 (dogmatist)」という言葉が表すのは、それらの臨床家たちが「精神医学に対して一元主義的なアプローチをとっている」という意味である。このような批判に対して、ほとんどの精神科医は、自分たちが「教条主義者」であるとは認めず、むしろ「折衷主義者 (eclecticist)」であることを強調する。ここで言う「折衷主義者」とは、基本的に、「精神医学に最も優れた説明を与えることができるのが何であるか」ということに関して単一の視点を持たない人たち<sup>5(5)</sup>のことである。そして今日では、たいていの「折衷主義者」がBPSモデルを採用している。

BPSモデルは、1970年代にエンゲル (George Engel) によって体系的に発展させられたが<sup>6(6)</sup>、生物学的精神医学が復活し精神分析の影響が凋落する当時の状況の中で、「生物医学的還元主義」に抗するものとして、多くの精神医学関係者たちから期待を寄せられた。一方、生物学派の人たちも、1980年の*DSM-3*でクレペリン (Emil Kraepelin) の疾病分類への回帰を推進していたにもかかわらず、精神医学的疾患に関する生物学的病因の明確化については躊躇してい

た<sup>(7)</sup>。このような状況であったからこそ、すべてのアプローチと整合性をとることのできる BPS モデルが受け入れられたのである<sup>(8)</sup>。

BPS モデルの長所は「教条主義」を排除する点にあるが、ガミーによれば、そのような長所よりも、怠惰な「折衷主義」への退化という短所の方が大きい<sup>(9)</sup>。というのも、BPS モデルでは、すべての病気が複数の要素から成り立っていて、その要素が生物学的なもの、心理学的なもの、社会的なものであると説明され、そのことを主張する以外に何もなされないからである。さらにもう一つの問題は、このモデルが原因と治療とを取り違えているということである。その結果、すべての精神科の病気が生物学的、心理学的、社会的であると考えられて、すべての患者が生物学的治療と心理社会的治療の両方を受けなければならないようになってしまっている。

では、「教条主義」や「折衷主義」に代わる有効な考え方はないのだろうか。1970 年代初頭に、ヘイヴンズ (Leston Havens) は、「教条主義」や「折衷主義」を批判し、それにとって代わる考え方として「多元主義 (pluralism)」を提示した<sup>(10)</sup>。彼は精神医学における多様なアプローチを客観・記述学派、精神分析学派、実存学派、対人関係学派の四つに整理したが、それらは内容によってではなく、方法によって分類された。

1. 客観・記述学派：客観的観察及び統計解析に基づく伝統的な科学的手法を基本とし、その代表者はクレペリンである。
2. 精神分析学派：フロイト (Sigmund Freud) によって創設され、その後多数の分派が発展したが、どの分派においても共通する基本的な方法は自由連想である。
3. 実存学派：主要な方法は、共感である。実存学派には、その哲学的なルーツの相違に応じて三つの主要な系譜がある<sup>(11)</sup>。
4. 対人関係学派：社会精神医学派とも呼ばれ、その創始者はサリヴァン (Harry Stack Sullivan) である。この学派の方法論は、「対人関係の場を明らかにすること」にある。

ガミーが「多元主義」のもう一つのルーツとして挙げているのは、ポール・マクヒュー (Paul McHugh) とフィリップ・スラヴニー (Philip Slavney) の

著書『精神医学の展望』である<sup>(12)</sup>。彼らも、基本的なアプローチの相違に基づいて、精神医学における理論的に異なる視点として次の四つを明示した。

1. 疾患：患者は何を「持っている」のか、という視点。この視点での治療の目標は、治癒である。
2. 次元：患者は「何である」のか、という視点。この視点での治療は、カウンセリングである。
3. 行動：患者は何を「行う」のか、という視点。行動療法的なアプローチの背後には、この視点がある。
4. ライフ・ストーリー：患者は何を「望む」のか、という視点。この視点における治療の目標は、人生の目標をある意味で書き換えることにある。

このように、「多元主義」の立場においては共通して、心の病気について理解し治療をするためには複数のそれぞれに独立した方法があると考えられている。そして、それぞれの方法はいずれも部分的で限界を持っているので、どれか一つの方法だけが絶対視されることは避けられる。また、それぞれの方法を用いる際にはそれぞれの方法を単独に用いるべきだと考える点で、「折衷主義」とも立場を異にしている。

「多元主義」と同様に非還元主義的唯物主義の立場をとるもう一つの考え方は、「統合主義 (integrationism)」である。統合主義的な見方をする代表者としては、ハンダート (Edward Hundert) とカンデル (Eric Kandel) が挙げられる。

ハンダートは、ヘーゲル (Georg Wilhelm Friedrich Hegel) の哲学及び神経可塑性からの示唆に大きな影響を受けた<sup>(13)</sup>。ヘーゲルは、人間が互いに相互作用することによって、お互いに影響し合い、お互いに変わり合い、その結果としてお互いに理解し合えると考えた。この時、ヘーゲルが着目したのは、主体と客体の対峙にではなく、こうした変化のプロセスの方であった。ハンダートは、このようなヘーゲルの考えが現代の神経生物学においても支持されていると考え、神経可塑性の発見こそがその重要な鍵になると主張した。実際、神経細胞は一生の間にその形態を変化させていて、成人期に達した後でさえも再生しているということをカンデルらは発見した。また、そうした神経細胞の大き

さや形態や結合が環境の影響を受けて変わることも示され、神経可塑性と呼ばれている。そういう意味では、環境が脳を形作っている。そのように考えると、脳と環境の境界をはっきりと区切ることは難しくなり、主体と客体の間の溝は消え、統合が実現されることになる。

一方、カンデルは学習と記憶の細胞機構に研究の焦点を絞る中で、記憶の源泉が神経細胞そのものにあるのではなく、神経細胞間の結合及びそれらの結合の特徴が重要であるということを明示した<sup>(14)</sup>。そして、カンデルの研究は、脳内で記憶がどのように符号化されているかという問題へと進展した。そうした過程の中でカンデルは、精神医学に対して神経可塑性が持つ重要性に関心を抱き、精神療法が脳を変化させる環境からの影響の一つとなり得ることを主張したのである。

哲学者や認知心理学者の中には、こうした考えを受容して心理現象を単純な部分へと分解し、さらに詳細な分析のレベルにおいて神経生物学の用語へと翻訳可能であるということを示そうとする者もいる。心理現象に近いレベルでの神経生物学の用語は複雑で、そこには神経細胞の結合や感作のような生理学的現象も含まれる。それらは、最終的には細胞の事象から遺伝子の事象へと分解される。もちろん、複雑な心的現象を微細な分子の状態に還元することは難しいが、遺伝子から細胞へ、神経回路及び結合から単純な心理現象へ、さらに複雑な心理現象へ、という途切れることのない連鎖は存在する。こうした考えが、「統合主義」と呼ばれるものである。

以上のように、現代の精神医学は、理論的には「教条主義」、「折衷主義」、「多元主義」、「統合主義」の四つのアプローチに分類することができる。臨床医のほとんどが実質的には「教条主義」のアプローチをとりながら、問われれば、「折衷主義」であると答えるのが現状のようである。特に、「折衷主義」と同義とも言うことのできる BPS モデルが精神医学の現状においては主流となっており、そのあいまいなアプローチが放置されていることが危惧される。「多元主義」と「統合主義」は、そのような危惧を克服する可能性のある考え方である。このうちの「多元主義」の考え方は、実は新しいものではなく、ヤスパースにまで遡ることができるものである。

ヤスパースの『総論』は、ドイツの精神医学界においては 100 年もの間影響を与え続けてきた。ヤスパース自身はこの著作を執筆した後に哲学へと転じたが、哲学者としての研究を進める間にも度々『総論』を改訂し、最終的には第 9 版まで出版した<sup>(15)</sup>。ところが、諸外国の精神医学界においては、この著作の影響はドイツ国内ほどには及ぼされることはなかった。おそらく、この著作のスタイルが一般的な精神医学のテキストとはかなり異なっていたことも、その要因の一つであったと思われる。この点について、シェパード (Michael Shephard) も次のように述べている。「この著作は、知識の見取り図とみなすべきである。それぞれ異なっているけれども相互に関連した知識の多様な領域へのガイドである」<sup>(16)</sup>。すなわち『総論』は、通常のテキストのように、順に読み進めていくと結論が導かれるというようなスタイルにはなっていない。そうかと言って、索引を頼りにあるキーワードを見つけ、必要箇所を読めば理解できるというような体裁にもなっていない。医学書としても哲学書としてもユニークで、総じて言えば、精神病理学的状態についての知識のまさに「見取り図」になっている。ヤスパース自身も、この著作を「私たちが精神医学で行っていることの概念的基盤を理解するための本」と考えていた<sup>(17)</sup>。『総論』がそうした目的を達成することのできた理由について、シェパードは「精神医学の文献の中で伝統的に無視されてきたり単純化されてきたりした多くの概念を、明確にした点にあるだろう」<sup>(18)</sup>と指摘している。心身関連や、精神医学における問診の役割、分類の原則、人格、主観・客観の二分法、あるいは、健康と病気という概念などの多様な課題を正當に取り扱うには、精神医学以外の学問の様々な考え方の歴史に精通する必要がある。ヤスパースがそれを深く理解した上で、哲学と社会理論の諸概念を精神医学において問われ続けてきた問題へと対応させたことは、この著作が高く評価されるべき重要な点である。

ヤスパース自身も、この著作の性格と目標について、次のように記している。「精神病理学総論の任務は、これまでの個々の発見を集積するのではなく、それらに文脈を与えることにある。達成されるべきことは、事物を明確にし、体系化し、形を与えることである。すなわち、基本的な諸々の事実や、使用されている膨大な方法についての私たちの知識を明確にしなければならないのであ

る。そして、その知識を包括的な形態へと体系化し、さらに最終的には、人間が自らを理解する力を豊かにするように、それらに形を与えなければならない。したがって、ここで特に考えられているのは、知識を拡大するような働きである。そのような働きは、単に事実を発見するというプロセスを超えるものなのである」<sup>(19)</sup>。ヤスパースが試みたのは、さまざまな研究方法や視点、多様なアプローチの間の違いをはっきりさせることによって、各々の方法・視点・アプローチを区別し、精神病理学研究の多様性を示すことであった。そして、各々の異なった観点を全体として把握し、各々の観点の意義と限界を明確にする〈方法論的自覚〉によって、各々の観点にその相応しい持ち場を付与しようとしたのである。「方法によってのみ、私たちは事実を獲得する」とヤスパースが指摘するように<sup>(20)</sup>、私たちが事実を獲得する際には必ず何らかの特定の方法を用いており、事実と方法の間にくっきりと境界線を引くことは難しい。したがって、用いられた方法に基づく分類は、実は私たちにとってそれが何であるかという事実についての分類でもある。

このように、まさにヤスパースが『総論』において提示した〈方法論的自覚〉に基づく精神医学に関する知識の体系化の試みこそが、各々の方法は常に部分的に妥当するもので限界を持っていると考える「多元主義」の源流なのである。

## 第2章 ヤスパースの〈全体としての人間〉と診断図式

ヤスパースは、クレペリンの疾病分類は純粹に実証的であるため、精神医学における意味志向的なアプローチを許容しないものであると批判している。当時、クレペリンの考え方に批判的だったのは、「単一精神病 (unitary psychosis)」モデルを支持する人たちであった。「単一精神病」モデルでは、単一の一般的精神病状態から精神医学的な諸々の診断は正確には分類できないと考えられていた<sup>(21)</sup>。ヤスパースは精神科の病気が脳疾患に還元されるという考えには批判的であったが、臨床的・実証的なアプローチの有用性に関しては認めていた。そうした見解は、以下の記述からも明らかである。「精神現象・生活史・転帰の臨床観察から、特徴的なグループ分けが得られ、続いて大脳における所見によっ

て確認され、さらに脳解剖学者のための道を整備するというような期待は、これまでには満たされてこなかった。…（中略）… もともと疑問は、次のようなものであった。存在するのは単一精神病の諸段階と諸亜型だけなのか？それとも、私たちが線引きできるような複数の疾患単位が存在するのか？今のところその答えは、その両方のいずれでもない。疾患単位という考えが精神医学各論における研究を進める上での生産的な道標となるという点では、後者の見解は正当であるが、精神医学という科学にとって現実には疾患単位は存在しないという点では、前者の見解は正当である」<sup>(22)</sup>。

その一方で、ヤスパースは精神医学における分類体系の必要性についても、次のように論じている。「複雑な疾患単位は、際限がなくて、解くことのできない織物のようなものである。個別の疾病の形状は、標本の中に分類できる植物のようなものではない。より正確に言えば、そもそもその『植物』とは何なのか一疾患とは何なのか—ということ自体がいろいろな意味において不確かなのである」<sup>(23)</sup>。では、何を診断するのであろうか。ヤスパースによれば、診断するということは「ある人を襲った病的な出来事の全体を、他の単位からは独立した一定の単位として包括的に特徴づけること」だが、「どのように精神障害の全体図式（診断図式）の輪郭を描こうとしても、それがうまくいかないということに私たちは気づくことになる」。さらに「私たちにできるのはせいぜい当座の分類にすぎないということや、診断にはいろいろな可能性が多数あるために、研究者が異なればまったく異なった図式をつくることになること、そして、分類というものが常に理論的な矛盾を孕んでいて、いつも事実と一致することなどあり得ないということ」などにも、気づくことになるという。それにもかかわらず、こうした空しい試みをなぜ続けるかという理由を、ヤスパースは三つ挙げている。第一に、実際に現れる精神障害の全体像について、疾病単位という考え方で概観すると何が得られたかを見てとりたいためである。第二に、精神医学の各論について何かを述べる場合に、便宜上、精神病についての何らかの分類が必要となるからである。第三に、多数例を対象とする統計的な研究を実施するためには、分類が必要となるからである。つまり、絶対的に正しい診断図式を描くことが不可能であるとしても、精神医学研究を進める上で、診断



図式は不可欠なのである。ここで第一に挙げられた全体像の概観は、後述する〈全体としての人間〉を捉えるためにも欠かせない視点である。

このように説明した上でヤスパースが考えた理想の図式とは、「ある特定の症例にはただ一つの場所が与えられ、あらゆる症例に対して一つの場所が与えられるような図式」である。また、こうした疾患の個別の種類は各々の症例においてお互いに排除し合って対立し、疾患単位の実現を実現する。しかし、実際にはそうはいかないので、理想の図式を考慮しながらも、次のように変更している。「単純で大雑把な基本線ははっきりと示さなければならない」。また、「細かい分類については、全体を把握するための重要度に応じて実施しなければならない」<sup>(24)</sup>と。もちろん、疾病単位の考えを放棄して、様々な観点（原因、心理構造、解剖学的所見、疾患の経過と転帰など）について改めて思い起こさなければならない場合もあるだろうし、あるいは、諸々の事実を目の前にして、実際にはないような境界を便宜的に引かざるを得ない場合もあるだろう。したがって、「そのような分類は暫定的なものとしての価値しかない」。つまり、精神医学における疾病の分類は、当面のところ、相対的に最適である限りにおいてその機能を発揮することのできる「ひとつの虚構」である。ヤスパースはこうした警告を行った上で *DSM-3* と類似した疾病分類を提案している<sup>(25)</sup>。

このような診断図式を提示した背景には、ヤスパースの「〈全体としての人間〉は、決して認識の対象とはならない」<sup>(26)</sup>という見解がある。人間についてのどのような認識であっても、それは限られた部分的な視点からの認識であるにすぎないので、人間の現実の一面を示すことはできるとしても、人間の現実の全体を示すことはできず、決定的なものではない。したがって、人間を客体として概観し、それを全体として研究上の認識対象にできるというのは、先入見である。だからこそ、相対的に最適である限りにおいてその機能を発揮することのできる診断図式を提示し、その症状という部分的なものに最適な方法を選ぶという「多元主義」の立場を構築したのである。

### 第3章 ヤスパースの〈実存的コミュニケーション〉と精神療法

これまで見てきたように、ヤスパースの『総論』は精神医学の独自性や困難さへの注意を喚起し、〈方法論的自覚〉に基づく精神医学の方法論を明示している。それでは、この『総論』から導かれる実際の精神医療の在り方とはどのようなものであろうか。

ヤスパースは、注意深く分類し診察を行うにもかかわらずほとんど治療することのない「治療的虚無主義 (therapeutischer Nihilismus)」<sup>(27)</sup>と、あらゆる病気に対して治療できると考えるような「治療的狂信 (therapeutische Schwärmerei)」<sup>(28)</sup>を批判し、「有効な医学的実践は、結局のところ、明白な認識に基づく」<sup>(29)</sup>として、「理想的な」精神療法の特徴について論じている。それによれば、あらゆる精神療法の根幹にあるのは、医師と患者との間の関係である。そして、その両者の関係における究極のものは〈実存的コミュニケーション〉であり、これはあらゆる治療を凌駕するものである<sup>(30)</sup>。〈実存的コミュニケーション〉が実現される場合に、あらゆる治療は、可能的実存として生きる理性的存在である二つの主体によって形成された共同体へと取り込まれる。医師と患者は、お互いに一人の人間として、運命を共にする伴侶となる。医師は、ただの技術者でもなければ権威者でもなく、実存に対する実存であって、患者と同様、他者とともにある移ろいやすい人間であるにすぎない。もはや、最終的な解決など何もない。このような精神療法家の知識と行動は、医学的な技能の全体において独特の意義を獲得する。つまり、こうした精神療法家のみが自分の専門の力を用いて〈全体としての人間〉を観察することが可能であって、患者の社会的な状況や環境、運命、体験等を顧慮した上での治療計画を考えることができるのである。

そのような治療によって患者の中に最終的にもたらされる決定的な出来事は、「開示 (Offenbarwerden)」である<sup>(31)</sup>。患者は、次のような諸段階を経て、自己を明らかに知るに至る。第一に、患者は医師から伝達された自分に関する知識を取り入れながら、自分の色々な面について詳しく知る。第二に、まるで鏡の中にいるかのように自分を眺めて、自己を知るようになる。第三に、内面

的な活動をすることで自己についてより深く知ることによって、さらに自己を明確にしていく。第四に、〈実存的コミュニケーション〉において、自己の開示を確認し、成し遂げる。このように自己を明るみに出すプロセスは精神療法における重要で根本的な特徴であるが、「これを単純化してはならない」とヤスパースは警告している。というのも、そのプロセスの編成は一つの全体的なものであるのもので、もしもいずれかの段階がまったく別の段階と取り違えられると、その全体的なものが損なわれてしまうからである。

したがって、医師が患者の自己存在に注目し、あらゆる段階を通してその開明のプロセスを進めようと試み、患者との〈実存的コミュニケーション〉において自分自身が患者の自己開示のためのパートナーとなるのか、あるいは、医師が身体的ないし心理学的に自然科学の方法を用いて、治す努力を病的機構の方へ向けるのかによって、治癒の意味も根本的に異なる<sup>(32)</sup>。これは、医師が自然科学的に探究可能な生物学的現象に注目するのか、人間の自由に注目するのか、という区別でもある。この区別は本質的であって、単純な好みの問題ではない。生物学的疾患がある場合には、人間の自由に対する実存的な共感の出番はないし、また、その逆の場合も真である。それ故に、医師はどちらの方法をどのような場合に用いるべきかを知っていなければならないし、また、各々の方法をどのように用いるのかということについても知っていなければならない。すなわち、生物学的疾患がある場合には、薬物を使用して治療すべきであるが、人間の自由に注目する場合には、〈実存的コミュニケーション〉へと共に進んでいかなければならない。ヤスパースは、この違いを次のように表現している。「私は生命を治療することはできるが、自由については呼びかけることしかできない」<sup>(33)</sup>。後者の場合には、医師と患者との出会いにおいて、患者が医師とともに開示され、患者自身の実存が呼び覚まされ、本来の自己存在になるというプロセスへと進んでいく。

では、「理想的な」精神療法家の特徴とは、どのようなものであろうか。ヤスパースは、精神療法家に是非とも必要なものとして「身体医学的素養」と「精神病理学的素養」とを挙げて、どちらも科学的なものとして捉えているが、そのような素養があるだけではまだ精神療法家とは呼ぶことができず、「科学は補

助手段の一つにすぎない」とも記している<sup>(34)</sup>。そして次に、精神療法家が人として備えておくべき諸条件を列挙している。それによると、さしあたり重要なのは、先入見にとらわれずに、どのような価値基準からも必要に応じて距離を保つことのできる能力であるが、これはまさに〈方法論的自覚〉が備わっているこそ発揮されるものであろう。さらに最終的には、心の温かさや思いやりが必要であると語っているが、これは患者を一人の〈全体としての人間〉として受容することのできるヒューマニスティックな意識の現れであろう。そうだとすると、「理想的な」精神療法家はごく稀にしか存在しないのかもしれない。たとえ「理想的な」精神療法家である場合でも、たいていは自分の適応できる範囲内の人にとってだけ「理想的な」精神療法家であるにすぎず、あらゆる人にとって「理想的な」精神療法家であるということは難しい。ところが、実状としては、来院するすべての人を治療することが義務になっているため、良心的な精神療法家であればあるほど、自分の見解を謙虚なものにとどめておこうとするのである。

## おわりに

もしもヤスパースが今日の現役の精神科医であったならば、どのような実践を行うだろうか。おそらく、統合失調症や双極性障害のような疾患については、生物学的還元主義的モデルを採用し、〈方法論的自覚〉を持って適切な時にはそれを適用するが、疾患を持つ一人の〈全体としての人間〉である患者に対しては、ヒューマニスティックな意識を常に持ち続けて、〈実存的コミュニケーション〉の実現を心がけるのではなかろうか。

このヤスパースの精神医学におけるヒューマニスティックな意識の根源にあるものは彼の実存哲学であると考えられるが、こうしたヤスパースの立場をガミーは「生物学的実存主義 (biological existentialism)」と呼んでいる<sup>(35)</sup>。この「生物学的実存主義」は、社会構築主義やポストモダン主義とは違って、反医学的な視点を持たない<sup>(36)</sup>。医学一般及び精神医学において、現象学や実存主義は反科学的で非生物学的な考え方であると往々にして誤解されてきた感が

ある。医学一般も精神医学も、身体の疾患を扱うものである以上生物学的であるべきだが、それと同時に、実存的である必要もある。なぜならば、患者が疾患を患っている場合でも、人生の問題を抱えている場合でも、個々の人格に関わっているからである。このような生物学的な視点と、実存的な視点とは、相対立するものではない。

生物医学の標準的な科学モデルを維持しながら、個々の人間のニーズや価値、願望などに対してもヒューマニスティックで実存的な方向性を示すためには、心理学や社会科学における科学的研究の成果だけでは十分ではない。〈全体としての人間〉は、そうした科学的研究の諸方法だけでは完全には捉えられないような複雑な存在である。ヤスパース自身も、「研究対象が人間であって、動物の一種としての人間ではない場合には、精神病理学はその本性上生物学の一つの形にとどまらず、むしろ精神科学 (Geisteswissenschaft) である」と述べている<sup>(37)</sup>。科学と自然科学とが同一視されることがあるが、それは誤りである。「科学的態度とは、どの方法にも対応しようとするものであって、そこで求められているものは、次のような普遍的な諸基準のみである。つまり、普遍妥当性、(証明することのできる) 説得力のある洞察、方法の明瞭性、意味のある討論が可能であることである」<sup>(38)</sup>。ここに列挙されている科学的態度の諸基準では、了解が除外されるのではないかという疑問が生ずるかもしれない。確かに、了解のプロセスが普遍妥当的であるのは難しいし、実証的方法と同じ意味で証明することはできないだろう。ヤスパースも、了解は説明と比較した場合には、実証科学的な妥当性の点では信頼度が低いと考えていたようである。しかし、そうだからと言って、了解が科学的ではない方法であるとは考えなかった。というのも、科学について議論する際にヤスパースはドイツ語の *Wissenschaft* を使用しているのだが、この言葉はすべての秩序的・組織的な探究を指示しており、単に自然科学を指示するものではないからである。ヤスパースの業績の英訳者であるエーリッヒ (Leonard Ehrlich) も、「核心は、ヤスパースが〈方法論的自覚〉と呼んだものにある」として、次のようにコメントしている。「このこと (ヤスパースが〈方法論的自覚〉と呼んだもの) は、方法論に基づいた実践や手続きということだけを意味するのではない。その方法が前提としてい

るものは何か、その方法を定義する仮定は何か、その方法の可能性と限界は何か、その方法は他の方法とはどのように違うのか、なぜその方法が選ばれたのか、研究対象にとってなぜその方法が重要なのか、経験されるものごとに対する検査法は何か、その方法がもたらす結果がどのようなものであるか、といった一連のことについての意識的な自覚を伴うような方法論のことを、〈方法論的自覚〉という言葉は意味しているのである」<sup>(39)</sup>。

ヤスパースの提示したこのような科学の方法に関する見解は、精神医学においては証拠を求める必要はないと信じるタイプの精神療法家たちにとっても、精神医学の定量化・客観化を推進しようとするタイプの神経科学者たちにとっても、受け入れがたいものであるかもしれない。しかし私たちは、ある心の病気について生物学的な要因を認め、社会的・心理学的な要因がさらにそうした生物学的な要因に影響を与えるという考えを受容するからといって、生物学的還元主義者にならなければならないわけではない。逆に、生物学的な要因の認められない精神の病態について、それらが純粹に社会構築的なものであると認識するとしても、だからと言って文化的還元主義者にならなければならないわけでもない。

もともと、BPS モデルでは、生物学と精神分析という二つの「教条主義」に対して、それらの問題点を克服して乗り越えていくことが試みられたわけである。しかし、その結果として「教条主義」のある側面については克服できたかもしれないが、いまだに最終的な解決には至っていない。こうした混沌とした精神医学の現状の中で、かつての精神分析のイデオロギーによる支配が、*DSM* によって取って代わられてきている。BPS モデルによって推し進められた「折衷主義」の破綻の先に、*DSM* に基づいた精神医学のマニュアル化という形をとった「教条主義」の復活の兆しが見えてきている。そして、そのような精神医学のマニュアル化・単純化に対する不安や危惧も、非常に増大してきている。〈方法論的自覚〉のないままにマニュアル化・単純化され、〈実存的コミュニケーション〉を欠いた精神医学によって、患者という一人の〈全体としての人間〉を捉えることは不可能である。*DSM* を全面的に否定するということではない。この診断基準が精神医学において持ち得る意義や妥当性についての〈方

法論的自覚〉が求められている。その必要性和重要性について、私たちは改めてヤスパースの『精神病理学総論』から学ぶべきではなかろうか。

---

## 註

- (1) Karl Jaspers, ([1913]1973) *Allgemeine Psychopathologie*, 9. Aufl.; Berlin, Heidelberg, New York. Springer-Verlag. (以後、APと略記する)。本稿ではAPの第9版を主としてテキストとして用いている。APの初版は1913年であるが、1946年(執筆は1942年)の第4版において大幅に増補・改訂が行なわれた。しかし、ドイツ語版の初版及び第4版の入手は、稀覯本等の事情により困難であった。日本語版の『精神病理学総論』(内村祐之・西丸四方・島崎敏樹・岡田敬蔵訳、岩波書店、1953年)は第5版(1948年)を訳出したものであるが、第5版は第9版とほぼ同一である。『精神病理学原論』(西丸四方訳、みすず書房、1971年)は、初版1913年版の翻訳である。本稿では、この初版の翻訳(『原論』)と第5版の翻訳(『総論』)の両者を必要に応じて参照することとする。
- (2) この点については、次の拙論を参照のこと。松丸啓子「〈了解できないもの〉とは何か」(『高千穂論叢』第38巻第3号、平成15年、41～65頁)。
- (3) ガミーの以下の著作を主たる手がかりとする。  
Ghaemi, S.N. (2003) *The Concepts of Psychiatry – A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*. (以後、CPと略記する)。ナシア・ガミー、『現代精神医学原論』(村井俊哉訳、みすず書房、2009年、以後、『原論』と略記する)。
- (4) CP, p.4. 『原論』、4頁。
- (5) CP, p.5. 『原論』、5頁。
- (6) Engel, G. L. (1980) “The clinical application of the biopsychosocial model,” *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-44.
- (7) 「ネオ・クレペリン主義」という際の「ネオ」が意味するのは、この点における相違を指している場合が多い。
- (8) 実際、今日の専門医試験に合格するためには、患者を問診し、その患者について、文字通り三つのカテゴリー(すなわち「生物」、「心理」、「社会」)を書き留めている試験官と議論しなければならないので、受験者はそれぞれのカテゴリーごとに必要な点をチェックしていることが期待されている。
- Cf.) Brown, T. M. (2000) *The growth of George Engel's biopsychosocial model*. Free Association, [www.human-nature.com/free-associations](http://www.human-nature.com/free-associations).
- (9) CP, p.8. 『原論』、10頁。
- (10) Havens, L. L. ([1973]1987) *Approaches to the Mind: Movement of the psychiatric schools from sects toward science*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (11) 第一の系譜は、フッサール(Edmund Husserl)にその基礎を置き、現象学的還元を強調する流れである。ヤスパースも、この伝統の下にあった。第二の系譜は、初期ハイデガー(Martin Heidegger)に基づくものであり、個人の世界的実存的構

造を強調する流れである。この系譜を代表するのは、ビンスワンガー（Ludwig Binswanger）である。第三の系譜は、後期ハイデガーを基礎として、人間理解の上で本来性という概念の意義を考えることを中心テーマとする流れである。この流れと関係が深いのは、サルトル（Jean-Paul Sartre）やレイン（Ronald David Laing）、フロム（Erich Seligmann Fromm）である。実存的精神医学について包括的に論じられた文献は見当たらないが、参考文献としては以下のものを挙げる。

Havens, L. L. ([1973]1987) *Approaches to the mind: Movement of the psychiatric schools from sects toward science*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Marguelis, A. M. (1989) *The empathic imagination*. New York: Norton.

Boss, M. (1988) “Martin Heidegger’s Zollikon seminars,” In *Heidegger and psychology*. Vol. 16, ed. K. Hoeller, 7-21. Seattle: Review of Existential Psychiatry and Psychology.

Binswanger, L. (1963) *Being-in-world*. New York: Basic Books.

- (12) McHugh, P. R. and Slavney, P. R. (1998) *The perspectives of psychiatry*. 2d. ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Originally published in 1983.
- (13) Hundert, E. H. (1989) *Philosophy, Psychiatry, and Neuroscience: Three approaches to the mind*. Oxford: Clarendon Press.
- (14) Kandel, E. R. (2000) *Autobiography*. www.Nobel.se.
- (15) 1920 年に第 2 版が出版され、1922 年に出版された第 3 版では内容が拡充された。1942 年に出版された第 4 版では、細部に至るまで大幅に加筆・修正が行われた。その後の版はドイツ語版があるが、英語版は第 4 版に基づいている。
- (16) Shepherd, M. (1982) “Review of General Psychopathology by Karl Jaspers,” In *British Journal of Psychiatry*, 141: 310-2.
- (17) *CP*, p.58. 『原論』、79 頁。
- (18) *British Journal of Psychiatry*, 141: 310-2.
- (19) *AP*, S.33. 『総論』(上)、58 頁。
- (20) *AP*, S.33. 『総論』(上)、65 頁。
- (21) 現代の優れた精神科医の中にもこの見解を支持し続けている人たちはいるし、さらには、そもそも精神医学的診断や精神疾患そのものが存在しないと主張する人たちさえいる。こうした見解を支持する人たちは、心の病態は人間の行動規範からの社会的な意味での逸脱や法律的な意味での逸脱として定義されると考えている。Cf.) *CP*, p.70. 『原論』、97 頁。
- (22) *AP*, S. 475-477. 『総論』(下)、20～3 頁。
- (23) *AP*, S.506. 『総論』(下)、72～3 頁。
- (24) *AP*, S.507. 『総論』(下)、74 頁。
- (25) 精神医学的病態は三つの主たる群に分類されている。第一群は「精神障害を伴う既知の身体疾患」であり、この群はさらに「脳疾患」と「症状性精神疾患を伴う身体疾患」、「中毒」の三つに分類されている。「脳疾患」としては、脳損傷や脳腫瘍、急性感染（脳膜炎等）、慢性感染（進行麻痺）、血管疾患（動脈硬化、脳出血等）、遺伝性系統萎縮症（パーキンソン病等）、年齢に関係した器質的障害（アルツハイマー病等）などが列挙されている。「症状性精神疾患を伴う身体疾患」としては、伝染病や内分泌疾患（パセドウ病等）、尿毒症などが挙げられている。「中毒」としては、アルコール中毒やモルヒネ、コカイン等の薬物中毒、一酸化炭素中毒などが



挙げられている。これら第一群に分類されているものは、既知の身体医学的な病気による二次的な精神医学的病態を記述した *DSM-3* の第Ⅲ軸と一致する。ちなみにヤスパースは、「真の診断学は、第一群でのみ可能である」としている。(Cf.) *AP*, S. 511. 『総論』(下)、82 頁)。第二群では、「三つの主要な精神病」として、「真正てんかん」と「統合失調症」と「双極性障害」の三つが挙げられている。これに関しては、*DSM-3* の第Ⅰ軸、つまり一次的な精神医学的病態のうちの主要な気分障害及び精神病性障害に対応している。(なお、今日では、てんかんについてはその脳基盤が確立されたため、第Ⅲ軸へと移されている)。第三群は「人格障害」となっているので、*DSM-3* でも同様に「人格障害 (パーソナリティ障害)」として定義されている第Ⅱ軸に対応している。

- (26) *AP*, S. 641. 『総論』(下)、316 頁。ただし、〈 〉は筆者による挿入である。
- (27) 暗にクレペリン学派を批判していると思われる。
- (28) 暗に精神分析を批判していると思われる。
- (29) *AP*, S. 662. 『総論』(下)、355 頁。
- (30) *AP*, S. 668. 『総論』(下)、365 頁。
- (31) *AP*, S. 668. 『総論』(下)、366 頁。
- (32) *AP*, S. 668-9. 『総論』(下)、367 頁。
- (33) *AP*, S. 669. 『総論』(下)、367 頁。
- (34) *AP*, S. 676. 『総論』(下)、381 頁。
- (35) Ghaemi, S. N. (2010) *The Rise and Fall of The Biopsychosocial Model : Reconciling Art and Science in Psychiatry*, p.210. ナシア・ガミー、『現代精神医学のゆくえーバイオサイコソーシャル折衷主義からの脱却』(山岸洋・和田央・村井俊哉訳、みすず書房、2012 年)、330 頁。
- (36) この点が、ハイデガーと異なっている。
- (37) *AP*, S. 31. 『総論』(上)、53 頁。
- (38) *AP*, S. 642. 『総論』(下)、318 頁。
- (39) *CP*, p. 87-88. 『原論』、122 頁。ただし、〈 〉及び ( ) は筆者による挿入である。

# The significance of Jaspers' *General Psychopathology* in modern psychiatry

Keiko Matsumaru

This article clarifies the significance of Jaspers' *General Psychopathology* in modern psychiatry, focusing on the main concepts of “methodological consciousness,” “the human being as a whole” and “existential communication.” First, I survey the modern trends in psychiatry, paying special attention to the BPS model, which is a model of “eclecticism.” Next, I clearly describe the viewpoints of “pluralism” and “integrationism,” which may overcome the problems of the BPS model, and point out the source of “pluralism” is Jaspers' concept of “methodological consciousness.” Then, I examine the significance of the diagnostic schema that Jaspers showed in *General Psychopathology* while considering its relation with the point of view of “the human being as a whole,” which Jaspers emphasized. Furthermore, Jaspers' view that psychotherapy ultimately calls for “existential communication” between a doctor and a patient is considered.

First, the discussion described above clearly shows that the trial of the systematization of knowledge about psychiatry based on “methodological consciousness,” which Jaspers described in *General Psychopathology* is the origin of “pluralism.” In addition, it is pointed out that Jaspers' diagnosis schema is proposed by the basis of the opinion that “the human being as a whole” is not subject to recognition. Finally, it is shown that in Jaspers' view of medical treatment, the psychiatrist should become a partner in “existential communication” with the patient.

It is impossible to treat a patient as “the human being as a whole” in psychiatric practice that lacks “methodological consciousness” and “existential communication.” While manualization of the psychiatry based on *DSM* progresses, about the need for “methodological consciousness,” we should learn from the Jaspers' *General Psychopathology* again.